




بررسی و مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

مریم جوادی 

زهره رئیسی* 

حسن رضایی جمالویی 

rayisi.tadbir@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۶

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۱ پیاپی ۵ | ۲۴۴-۲۶۱
بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(جوادی، رئیسی و رضایی جمالویی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

جوادی، مریم، رئیسی، زهره، و رضایی جمالویی، حسن. (۱۴۰۰). بررسی و مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۱ پیاپی ۵): ۲۴۴-۲۶۱.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با طرح‌واره‌درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش پژوهش:** این پژوهش با روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود و جامعه آماری شامل زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که در بازه زمانی فروردین تا شهریور ۱۳۹۹ به انجمن دیابت جزیره کیش مراجعه نموده بودند که پس از غربالگری ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پس از هم‌تاسازی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری (۱۵ نفر)، طرح‌واره‌درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بود؛ در این پژوهش گروه درمانی شناختی-رفتاری به وسیله بسته درمانی لیبی (۲۰۰۴) و گروه طرح‌واره‌درمانی به وسیله بسته درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) به مدت هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد گروه درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خودشفقت‌ورزی ($F=10/70, P=0/001$) زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است؛ همچنین نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر مؤلفه‌های مهربانی با خود ($F=4/54, P=0/018$)، قضاوت نسبت به خود ($F=6/25, P=0/005$) و همانندسازی افراطی ($F=3/45, P=0/043$) مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار است؛ همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین نمرات گروه‌های شناختی-رفتاری و طرح‌واره‌درمانی در خودشفقت ورزی و مؤلفه‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود و همانندسازی افراطی وجود ندارد ($P>0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان نمود شفقت ورزی به خود بر اساس افکار و باورهای فرد در مورد خویش شکل می‌گیرد؛ لذا با توجه بر آن که درمان‌های شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی به اصلاح باورها و عقاید فرد در این زمینه می‌پردازند، هر دو درمان میزان تأثیر یکسانی داشت.

کلیدواژه‌ها: شناختی-رفتاری، طرح‌واره‌درمانی، خود شفقت ورزی، دیابت نوع ۲

مقدمه

دیابت نوع ۲ یکی از معضلات سلامتی در جوامع امروزی است که به سرعت در حال رشد بوده و تقریباً ۴۱۵ میلیون نفر در سراسر جهان را به خود مبتلا نموده است (وليامز و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان شیوع دیابت نوع ۲ در حدود ۱۳ درصد از کل جمعیت بود و سال به سال افزایش یافته است (پامونگکاس، چامرونساوادی، واتاناسومبون و چاروپونفول، ۲۰۲۰). بیماران دیابت نوع ۲ کنترل نشده با تحمیل بار اقتصادی، هزینه‌های پزشکی و از دست دادن بهره‌وری می‌توانند بر بیماران، سیستم‌های بهداشتی و اقتصادی تأثیر زیانباری برجای گذارد؛ بنابراین، کنترل سطح گلوکز خون بسیار مهم است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). فدراسیون بین‌المللی دیابت تخمین می‌زند که شیوع دیابت از ۴۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۷ به ۶۲۹ میلیون نفر در سال ۲۰۴۵ خواهد رسید (راهلیک، ۲۰۱۶). دیابت نوع ۲ که معمولاً به عنوان یک بیماری در سنین میانسالی و بالاتر در نظر گرفته می‌شود، به طور فزاینده‌ای در سنین پایین‌تر تشخیص داده می‌شود (تویگ و همکاران، ۲۰۲۰). دیابت نوع ۲ و عوارض مرتبط با آن منجر به ۸/۴ درصد مرگ‌ومیر در سراسر جهان می‌شود که منابع قابل توجه مراقبت‌های بهداشتی را مصرف می‌کند (نانایاکار و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به شیوع فزاینده این وضعیت، احتمالاً به طور تصاعدی افزایش می‌یابد (راهلیک، ۲۰۱۶). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه تشخیصی، نظارتی و درمانی، دیابت نوع ۲ همچنان با افزایش مرگ‌ومیر و عوارض در مقایسه با جمعیت عمومی همراه است (تسوجیموتو، سوگیاما، شاپیرو، نودا و کاجیو، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر باید بیان نمود دیابت یک بیماری مزمن پیچیده است که نیاز به رفتارهای شدید خود مدیریتی دارد (سلیگمن، اسمیت، روزنموس، مارشال و واکسمن، ۲۰۱۸). عدم مشارکت در این رفتارهای ضروری می‌تواند منجر به پیامدهای سلامت ضعیف شود (بک و همکاران، ۲۰۱۸). شفقت به خود یک شاخص کلیدی از بهزیستی افراد است که با کنترل پریشانی‌های خود مراقبتی در بیماری دیابت مرتبط است (موریسون و همکاران، ۲۰۱۹). سطوح پایین شفقت به خود بر اینکه آیا بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ تصمیم می‌گیرد در مراقبت‌های بهداشتی بر وضعیت خود مشارکت داشته باشد و استقامت کند، تأثیر می‌گذارد (فریس، کونسدینی و جانسون، ۲۰۱۵)؛ بنابراین مهم است که سطوح خود شفقت ورزی در بیماران مبتلا به دیابت افزایش یابد؛ زیرا ممکن است یک عامل تعیین کننده در مدیریت موفقیت‌آمیز این بیماری و چالش‌های مرتبط با آن باشد (شریواستاوا، شریواستاوا و راماسامی، ۲۰۱۳). تاکنون درمان‌های متعددی جهت بهبود علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پیشنهاد شده است که از این میان می‌توان به درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد (سیدنور و همائی، ۲۰۱۹). در درمان شناختی-رفتاری، افکار نامتناسب و تفکر پیرامون فقدان راهبردهای مقابله‌ای مؤثر با بیماری مورد مداخله قرار می‌گیرد؛ این رویکرد بر همکاری استوار بین بیمار و درمانگر بنا شده، طول درمان آن کوتاه است و در آن تلاش می‌گردد مهارت‌های خودیاری در مراجع ایجاد گردد (لایدلاو، ۲۰۲۱). این رویکرد با تکیه بر روش‌های استقرایی، به بیمار می‌آموزد که به افکار و اعتقادات به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبارشان تأیید نشده است و از طریق تکالیف خانگی، مهارت‌های مورد نیاز را با فرد تمرین می‌کند (ویلسکن و همکاران، ۲۰۱۳). در این راستا پژوهش هوفارت و همکاران

(۲۰۱۵) نشان داد درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب بهبود خودشفقت ورزی گردد (هوفارت، اوکتالین و لانگکاس، ۲۰۱۵)؛ ملیانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی می‌تواند موجب بهبود خودشفقت ورزی گردد؛ یافته‌های پژوهش وادزورث و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد درمان شناختی رفتاری جنبه‌های منفی خودشفقت ورزی را کاهش و جنبه‌های مثبت آن را در بیماران افسرده افزایش می‌دهد. همچنین نشان داده شده است یکی از مؤلفه‌هایی که تأثیر چندانی بر سلامت جسمانی و بیماری‌های مزمن دارد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند که بهبود آن‌ها در هدف اولیه درمان در طرح‌واره درمانی است (میردریکوند و همکاران، ۲۰۱۹). طرح‌واره درمانی یک درمان مبتنی بر شواهد است که از تئوری و تکنیک‌های دیگر استفاده می‌کند و آن‌ها را در یک مدل درمان سیستماتیک ادغام می‌کند (تیلور و آرتانز، ۲۰۱۶).

طرح‌واره درمانی پیشنهاد می‌کند که نیازهای برآورده نشده در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های مقابله با طرح‌واره غیرمفید تبدیل شود (فاسبیندر و آرتانز، ۲۰۲۱). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مضامین فراگیر گسترده‌ای از الگوهای خاص احساسات، شناخت‌ها و احساسات بدنی در مورد خود و رابطه خود با دیگران است که در دوران کودکی ایجاد شده و در طول زندگی تکرار می‌شود (تیلور و آرتانز، ۲۰۱۶). هدف این درمان کاهش تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و جایگزینی پاسخ‌های مقابله‌ای منفی و حالت‌های طرح‌واره با جایگزین‌های سالم‌تر است، به طوری که بیماران در برآورده کردن نیازهای عاطفی اصلی خود موفق شوند (لیهای، ۲۰۱۸). به طور سنتی، فرآیند درمان در طرح‌واره درمانی ابتدا بر کمک به بیماران برای شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که زمینه ساز مشکلات بلندمدت آن‌ها است و در ثانی بر حمایت از بیماران در به چالش کشیدن و غلبه بر طرح‌واره‌های منفی و روش‌های ناسازگاری که با آن‌ها کنار می‌آیند تمرکز دارد (فاسبیندر و آرتانز، ۲۰۲۱). لیکن هدف طرح‌واره درمانی تقویت حالت‌های طرح‌واره انطباقی و مثبت مانند حالت بزرگ‌سال سالم و حالت کودک شاد است (ویلدر، وان‌روین، لیگرا و اونز، ۲۰۲۰). از این رو یافته‌های پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با شفقت ورزی به خود رابطه وجود دارد (تیم، ۲۰۱۷) و طرح‌واره درمانی موجب افزایش خود شفقت ورزی افراد می‌گردد (رفتارعلی‌آبادی و شارح، ۲۰۲۱؛ ساری و گنکوز، ۲۰۱۹). از این رو با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان بیان نمود شفقت ورزی به خویشتن یکی از عوامی است که در افراد مبتلا به دیابت می‌تواند زمینه خود مراقبتی و افزایش سلامت روان را فراهم سازد؛ لیکن چنانچه بتوان با آموزش‌های و درمان‌های روان‌شناختی میزان شفقت ورزی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش داد می‌توان زمینه سازگاری بیشتر با بیماری را برای ایشان فراهم نمود؛ همچنین با توجه به آن که با مروری بر پژوهش‌های انجام شده مشخص می‌گردد در زمینه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خودشفقت ورزی بیماران مبتلا به دیابت فقر پژوهشی وجود دارد و همچنین پژوهشی یافت نشد که به بررسی و مقایسه این دو روش درمان بر میزان شفقت ورزی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بپردازد، لذا در این پژوهش به پرسش‌های زیر پاسخ داده شد:

۱. آیا درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟

۲. آیا درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع دو بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ به انجمن دیابت جزیره کیش مراجعه نموده بودند که پس از غربالگری ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پس از هم‌تاسازی بر اساس سن، مدت ابتلا به بیماری، تحصیلات، وضعیت تأهل و بیماری‌های همراه در سه گروه ۱۵ نفری درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی و گروه گواه به صورت تصادفی کاربندی شدند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از دریافت تشخیص دیابت نوع ۲ از پزشک متخصص غدد، قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، نمره پایین در خودشفقتی و نمره بالا در آزمایش قند خون (مقدار هموگلوبین گلیکوزیله HbA1c) در دامنه ۵/۵ تا ۸/۵ بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شفقت به خود. پرسشنامه شفقت به خود، شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه‌ی ۲ قطبی را در قالب ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، اشتراکات انسانی، انزوا (معکوس)، ذهن آگاهی و همانندسازی فزاینده (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل شفقت به خود ۰/۹۱، مهربانی با خود ۰/۸۷، قضاوت در مورد خود ۰/۷۰، اشتراکات انسانی ۰/۷۴، انزوا ۰/۸۲، ذهن آگاهی ۰/۷۵ و همانندسازی فزاینده ۰/۶۴ گزارش شده است (هاپفیلد و روفیوکس، ۲۰۱۱). ضریب همبستگی این مقیاس و مقیاس حرمت خود روزنبرگ در ایران ۰/۸۵ بدست آمد (قربانی و همکاران، ۲۰۱۲). مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی را ۰/۷۱، مهربانی با خود را ۰/۷۵، انزوا ۰/۷۲ و همانندسازی افراطی را ۰/۶۵ گزارش کردند؛ در پژوهش رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب خرده مقیاس مهربانی با خود ۰/۷۹، قضاوت در مورد خود ۰/۷۸، مشترکات انسانی ۰/۷۶، انزوا ۰/۷۷، به‌هوشیاری ۰/۷۹ و فزون همانندسازی ۰/۸۰ گزارش شد.

۲. درمان شناختی-رفتاری. در این پژوهش بر مبنای درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲۰۰۴) ساختار جلسه‌های این مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار تنظیم و به شرح زیر اجرا شد. جلسه اول. پس از معرفی درمانگر و اعضای گروه به یکدیگر قوانین به گروه معرفی و آموزش‌های لازم به مراجعان درباره پدیده خودشفقتی، دلایل آن و تأثیر آن بر فرایند زندگی اجتماعی داده شد؛ پس از جمع‌بندی از مراجعان خواسته شد؛ نسبت به اولین جلسه بازخورد بدهند؛ سپس به توضیح کاربرگ ثبت وقایع روزانه در مورد بیماری و خودشفقتی در کلاس پرداخته شد و برای نمونه دو واقع اضطراب‌زا در خصوص

بیماری شرکت‌کنندگان در کاربردگ ثبت شد و در انتها کاربرگی به هر یک از شرکت‌کنندگان داده شد تا در طول یک هفته آینده به ثبت وقایع اضطراب‌زا همراه با درج احساسات و افکار اقدام کنند.

جلسه دوم، در این جلسه ضمن واری تکالیف جلسه گذشته، مجدداً بر چرخه «افکار، احساس و رفتار» پرداخته و از آن‌ها سؤال‌هایی مانند اینکه چگونه انتظار دارید این جلسه‌ها منجر به بهبود خودشفقتی شما شود؛ پرسیده شد. به‌عنوان نمونه برخی از اعضای گروه عنوان کردند که تصورشان این بوده است که در این جلسه‌ها تمرین‌های ورزشی و تکالیف نوشتاری جهت بهبود خودشفقتی به آن‌ها ارائه می‌شود؛ سپس انتظارهای اعضای گروه از درمان اصلاح شد و اعضای گروه متوجه شدند که مسئول تغییر افکار غیرمنطقی‌شان تنها خودشان هستند و درمانگر به‌عنوان هدایت‌کننده در این مسیر به آن‌ها کمک می‌کند تا به خودشفقتی‌ورزی برسند. هدف از این قسمت افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به روند بهبود مراجعان بود. در ادامه درباره تأثیرات درمانی شناختی رفتاری برای افزایش انگیزه بیماران جهت درمان، بحث و تبادل نظر شد. در نهایت از اعضای گروه خواسته شد تا در طول هفته هر زمان احساس منفی شدیدی را تجربه کردند؛ افکار خود را در کاربردگ ثبت وقایع روزانه یادداشت کنند و به هر واقعه بر اساس مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ۱۰ نمره دهند.

جلسه سوم، در این جلسه هنگام مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش شناسایی افکار خودآیند نیز انجام شد. به‌عنوان نمونه یکی از اعضای گروه بیان کرد که هنگام صحبت با دوستش راجع به بیماری دیابت به‌شدت دچار احساس خودسرزنی و بی‌ارزشی شده است؛ از او خواسته شد تا افکارش را در آن لحظه به‌خاطر بیاورد؛ او بیان کرد در آن لحظه به این فکر می‌کرده است که نمی‌تواند از پس این آسیب برآید. در این وهله با استفاده از همین مثال و نظرخواهی از سایر اعضای گروه ارتباط و تأثیرگذاری افکار بر احساسات نیز توضیح داده شد و به صورت یک تمرین با تک تک اعضای گروه کار شد. در پایان از اعضای گروه خواسته شد تا در کاربردگ ثبت وقایع روزانه نسبت به احساسات و افکار خودآیند منفی بر اساس مقیاس ۰ تا ۱۰ نمره دهند و گفته شد تنها به ۳ رویداد مهم اضطراب‌زا نمره دهند نه بیشتر.

جلسه چهارم، در این جلسه سؤال‌هایی درباره ارزیابی افکار خودآیند منفی مانند چه شواهدی برای تأیید فکر من وجود دارد؟ همچنین خطاهای فکری شایع در خصوص بیماری مانند فاجعه‌انگاری حادثه اتفاق افتاده و غیرقابل تحمل بودن است؛ معرفی و بیان شد که یکی دیگر از خطاهای فکری رایج در افراد دچار بیماری، فیلتر ذهنی است، این افراد تجارب مثبت افرادی که بر دیابت غلبه کرده‌اند را نادیده می‌گیرند و تنها بر تجارب منفی دوستان و آشنایان خود از بیماری تمرکز می‌کنند؛ سپس تمرین‌های مربوط به فیلترهای ذهنی در جلسه انجام شد در انتها از اعضا خواسته شد فیلترهای ذهنی خود را شناسایی و بر روی کاربرگی که در اختیارشان قرار گرفته بود ثبت کنند.

جلسه پنجم، در این جلسه فنون رفتاری پرت کردن حواس مانند گوش دادن به موسیقی، تمرکز مجدد مانند تمرکز کامل و با تمام حواس پنج‌گانه بر کار در حال انجام مانند آشپزی، تهیه کارت‌های مقابله یعنی کارت‌هایی که یک سمت آن افکار خودآیند منفی راجع به آسیب و سمت دیگر آن پاسخ منطقی به این فکر خودآیند نوشته شود، تنفس عمیق به شکل تنفس شکمی و آرمیدگی عمیق عضلانی گروهی آموزش داده شد.

جلسه ششم. در این جلسه اعضای گروه با تصاویر ذهنی شایع درباره بیماری دیابت و خود بی‌ارزشی آشنا شدند؛ در بعضی موارد افراد ذکر کردند هنگام فکر کردم کردن به بیماری، نمی‌توانند افکار خودایند خود را شناسایی کنند. در این موارد از آن‌ها خواسته شد تا تصاویر ذهنی خود را شناسایی کنند؛ برخی از آن‌ها دچار ترس از علائم بیماری گفتند دارای تصاویر ذهنی هستند که خود را در بدترین حالت در هنگام بروز شدت بیماری به صورت رها شده می‌بینند؛ بنابراین از آن‌ها خواسته شد فنون پیگیری تصاویر ذهنی را تا کامل شدن آن‌ها یعنی موقعیت و تصویر ذهنی از آسیب را تا جایی ادامه دهند که انگار آسیب کامل انجام شده است؛ در بعضی موارد کامل کردن تصاویر ذهنی هنگام یافتن معنای فاجعه به مرگ خود فرد خاتمه می‌یافت؛ در چنین مواردی ترس از مرگ بیمار ریشه‌یابی و در صورت لزوم از جلسه‌های انفرادی استفاده شد.

جلسه هفتم. در این جلسه اعضای گروه به مرور فنون گذشته پرداختند و در ادامه هنگام آموزش فن تغییر تصاویر ذهنی به آن‌ها گفته شد؛ فرض کنند علائم بیماری آن‌ها در حال پخش از تلویزیون است و آن‌ها هنگام پخش تصاویر ناراحت‌کننده باید کانال را تغییر دهند و تصاویر آرامش بخشی مانند قدم زدن در ساحل را تماشا کنند؛ در نهایت، اجرای آرمیدگی با گروه عضلانی برای مقابله با این تصاویر به اعضای گروه تمرین شد.

جلسه هشتم. در این جلسه ضمن مرور فنون جلسات گذشته به بررسی خلق، مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر (خودبازنگری-هدف‌گزینی) پرداخته شد؛ همچنین به بررسی مشکلات مربوط به پیروی از دستورات پزشکی و دارویی جدول روزانه قند خون پرداخته شد؛ در پایان پس از جمع‌بندی نهایی مطالب جلسه‌های پیشین پرسشنامه پس‌آزمون توزیع و پس از تکمیل از مراجعان اخذ شد.

۳. مداخله طرح‌واره درمانی. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته آموزشی طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۱۳۹۵/۲۰۰۳) مفهوم‌سازی شده است. در این پژوهش این برنامه در هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار تنظیم و به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه پس از ایجاد رابطه حسنه، آشنایی اعضا با یکدیگر و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای اعضای گروه تشریح شد و اعضا هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسه درمان بیان کردند. سپس به تشریح خواستگاه طرح‌واره درمانی و تعریف و معرفی طرح‌واره‌های ناسازگار و سازگار پرداخته شد؛ در انتهای این جلسه درمانگر، یک مفهوم‌پردازی موردی از مشکلات اعضا انجام می‌دهد. بعد از انجام مفهوم‌پردازی موردی، مرحله تغییر شروع می‌شود. در این مرحله سعی می‌شود با کمک تکنیک‌های شناختی، تجربه‌ای و الگو شکنی رفتاری، طرح‌واره‌های بیمار تغییر داده شوند و رفتارهای سالمی جایگزین رفتارهای قبلی بیمار شود. در تمام مراحل درمانی از اولین جلسه تا انتهای درمان درمانگر از تکنیک ارتباطی خاص طرح‌واره درمانی به طرح‌واره‌های مواجهه‌ی هم‌دلانه و باز والدینی حد و مرز استفاده می‌کند.

جلسه دوم. در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم بحث و گفتگو می‌شود.

اهداف اختصاصی این جلسه تعریف طرح‌واره درمانی، تعریف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگی‌ها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تعریف ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها بود. شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد. به این صورت که آزمودنی به صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیه اعضای گروه طرح‌واره‌های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو می‌کند و به دسته‌بندی و طبقه‌بندی آن‌ها می‌پردازد که این امر می‌تواند تأثیر بسزایی در آگاهی و شناخت فرد بر این طرح‌واره‌ها داشته باشد و فرد را در برنامه‌ریزی زندگی یاری می‌کند.

جلسه سوم، در سومین جلسه ابتدا مشکل اصلی اعضا و سایر مشکلاتی که او با بیماری دیابت دارد به کمک اعضا مورد بررسی و کاوش قرار می‌گیرد و درمانگر از اعضا می‌خواهد یک فهرست از مشکلات خود را تهیه کند. بعد از تهیه فهرست مشکلات، درمانگر سعی می‌کند بیوگرافی یا همان تاریخچه زندگی اعضا را مورد بررسی قرار دهد. در این مرحله، درمانگر به دنبال روشن شدن علت‌های شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی شرکت‌کنندگان است که منجر به شکل‌گیری بی‌ارزش در آن‌ها شده است. سپس برای اینکه شرکت‌کنندگان اعتبار و صحت طرح‌واره خویش را مورد آزمایش قرار دهند از تکنیک آزمون اعتبار طرح‌واره استفاده شد؛ در این تکنیک طرح‌واره درمانگر به او کمک می‌کند تا درستی طرح‌واره را به لحاظ منطقی مورد پرسش قرار دهد. آیا طرح‌واره بیمار مثلاً طرح‌واره نقص صحیح است؛ یعنی آیا شرکت‌کننده ذاتاً دارای نقص است، یا اینکه بر اساس اتفاقات ناخوشایند زندگی‌اش او این طرح‌واره را یاد گرفته است؟

جلسه چهارم، در این جلسه شناخت و تشخیص طرح‌واره‌ها همراه با پرسشنامه‌های طرح‌واره یانگ که در گام ارزیابی انجام شده بود ارائه شد و افراد طرح‌واره‌های خود را مورد شناسایی قرار دادند؛ نیازهای دوران کودکی شناخته شد و افراد به صحبت درباره کیفیت برآورده شدن این نیازها در دوران کودکی‌شان تشویق و ترغیب شدند.

جلسه پنجم، در این جلسه تمرکز بر تاریخچه‌ی زندگی مورد اهمیت قرار گرفت. در طول جلسه درمانگر تلاش کرد که بفهمد مشکل فعلی اعضا موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی حاصل از بیماری دیابت آن‌ها برمی‌گردد و ریشه در گذشته او دارد. از پرسشنامه‌های طرح‌واره نیز استفاده شد تا از طریق تصویرسازی ذهنی که اغلب این کار مفیدترین شیوه برای شناخت طرح‌واره‌ها است به شفقت‌ورزی پی ببرد. یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرح‌واره است؛ مثلاً برخی اعضا به محض تجسم دوران کودکی آشفته شدند که یکی از راهکارهای مفید این است که از اعضا بخواهیم به زمان حال برگردد و سپس در اوایل بزرگ‌سالی، نوجوانی و در آخر کودکی را تجسم کند. روش دیگر، گفتگو با جنبه اجتماعی آن‌ها است و اینجایی است که طرح‌واره اصلی در آن قرار دارد یعنی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر. بعد از اینکه شواهد بررسی شدند، درمانگر باید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره تعریف جدیدی ارائه بدهد. یعنی به اعضا کمک کند از زاویه دیگری به بیماری خود، شفقت‌ورزی و مشکلات خودش نگاه کند.

جلسه ششم، در این جلسه تجارب ذهنیتی ذهنیت‌های کودک و بزرگسال سالم توسط اعضاء شناسایی و مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، جسمانی و رفتاری با استفاده از کاربرد بررسی شد و اهداف طرحواره درمانی برای این دسته از ذهنیت‌ها توضیح داده شد.

جلسه هفتم، در این جلسه پس از مرور جلسه قبل به ادامه تکنیک‌های طرحواره پرداخته شد. بعد از انجام تکنیک‌های قبلی، درمانگر باید به اعضا کمک کند به این نتیجه برسد که طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای سودی برای او ندارد. با تکنیک بررسی مزایا و معایب طرحواره درمانگر می‌تواند این کار را انجام دهد. در این تکنیک از اعضا خواسته شد که تک‌تک بر روی کاغذ توضیح دهند چرا داشتن طرحواره (مثلاً طرحواره نقص) برای او سودمند است و چه کمک‌هایی به او در راه بهبود خودشفقتی کرده است. در ادامه از او می‌خواهد که داشتن چنین طرحواره‌ای را نیز توضیح دهد. وقتی بیمار اعتبار، شواهد رد کننده و معایب طرحواره‌های خود را درک کرد در گام بعدی باید این اطلاعات را مرور کند. با تهیه فلش کارت طرحواره درمانگر و بیمار در واقع تمام اطلاعاتی را که در این مرحله درباره‌ی هر طرحواره بیمار به دست آورده‌اند با یکدیگر در یک برگه خلاصه می‌کنند. بیمار باید در مواقعی که طرحواره‌هایش فعال می‌شود این کارها را مطالعه کند.

جلسه دوازدهم، در این جلسه، تکلیف جلسه قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضاء تجارب خود را در طول دوره جلسه‌های آموزشی جمع‌بندی و میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی و در مورد آنچه از اعضای گروه آموخته بودند؛ صحبت کردند. پس از آن به تبیین شفقت‌ورزی بر اساس مدل طرحواره درمانی پرداخته شد و در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

روش اجرا. جهت اجرای پژوهش پس از تصویب موضوع پژوهش و دریافت کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.069 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و علوم پزشکی کیش به انجمن دیابت جزیره کیش مراجعه شد و پس از توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش، روش اجرا و تعداد و مشخصات آزمودنی‌های پژوهش، مطالعه پرونده بیماران دریافت‌کننده خدمات از انجمن دیابت کیش آغاز و با افراد دارای شرایط ورود به پژوهش تماس به عمل آمد؛ موضوع پژوهش و هدف از اجرای آن برای بیماران توضیح داده شد و از بیمارانی که تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند دعوت به همکاری به عمل آمد؛ این روند تا جایی ادامه پیدا کرد که تعداد ۴۵ نفر جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی نمودند. پس از مراجعه بیماران ابتدا از کلیه افراد فرم رضایت آگاهانه ورود به پژوهش‌ها را تکمیل و امضا نمودند؛ سپس به هر فرد یک کد اختصاص داده شده و با استفاده از قرعه‌کشی افراد به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل جایگزین شدند. پس از جایگزین شدن تصادفی آزمودنی‌های پژوهش ابتدا کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) پاسخ دادند. افراد گروه آزمایش در گروه طرحواره درمانی تحت ۸ جلسه طرحواره درمانی یانگ و کلسکو ویشار (۲۰۰۶) و گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری تحت ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲۰۰۴) در یکی از کلاس‌های انجمن دیابت جزیره کیش تحت مداخله قرار گرفتند، پس از انجام مداخله، تمامی آزمودنی‌های پژوهش در گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پس‌آزمون به

پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه کنترل در طول ۸ هفته جلسات درمانی هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند ولی جهت رعایت اصول اخلاقی در لیست انتظار قرار گرفتند تا از مزایای درمان‌های ارائه‌شده بهره‌مند گردند. لازم به ذکر است در طول دوره مداخله یک آزمودنی از گروه طرح‌واره درمانی و دو آزمودنی از گروه درمانی شناختی رفتاری ریزش نمودند و در کل نمونه پژوهش به ۴۲ نفر کاهش یافت. داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS و روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری برابر با ۳۰/۵۸ (۳/۵۴)، گروه طرح‌واره درمانی برابر با ۳۱/۱۲ (۳/۸۷) و گروه گواه برابر با ۳۰/۸۸ (۳/۶۹) بود.

جدول ۱. بررسی میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های پژوهش در خودشفقت ورزی و مؤلفه‌های آن

مؤلفه	مرحله	گروه گواه		درمان شناختی رفتاری		طرح‌واره درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	۱۶/۹۳	۲/۳۴	۱۶/۶۱	۳/۶۱	۱۶/۱۴	۲/۱۴
	پس‌آزمون	۱۶/۶۰	۲/۲۹	۱۸/۸۴	۳/۳۸	۱۹/۰۷	۲/۵۲
	پیگیری	۱۶/۴۴	۲/۱۸	۱۸/۹۲	۳/۴۱	۱۹/۵۴	۲/۷۰
قضاوت نسبت به خود	پیش‌آزمون	۱۵/۸۰	۱/۹۳	۱۵/۷۶	۲/۴۸	۱۵/۴۲	۲/۹۵
	پس‌آزمون	۱۵/۲۶	۲/۸۶	۱۷/۵۳	۲/۱۰	۱۸/۴۲	۳/۱۰
	پیگیری	۱۵/۰۰	۲/۶۳	۱۷/۸۴	۲/۲۳	۱۸/۷۰	۳/۳۳
اشتراکات انسانی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۰	۳/۴۸	۱۴/۳۰	۳/۶۶	۱۴/۸۵	۳/۸۶
	پس‌آزمون	۱۵/۶۰	۲/۸۹	۱۶/۰۰	۳/۴۸	۱۶/۳۵	۳/۸۵
	پیگیری	۱۵/۱۸	۲/۵۴	۱۶/۶۰	۳/۵۷	۱۶/۷۱	۳/۹۲
دوری از انزوا	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳	۳/۲۶	۱۳/۸۴	۳/۵۰	۱۵/۰۰	۳/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵/۲۶	۴/۱۹	۱۶/۶۹	۳/۳۰	۱۶/۹۲	۳/۷۰
	پیگیری	۱۵/۶۷	۴/۳۱	۱۶/۷۹	۳/۴۱	۱۷/۱۵	۳/۸۳
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۳/۷۳	۲/۴۹	۱۴/۱۵	۲/۹۱	۱۴/۵۷	۲/۱۳
	پس‌آزمون	۱۴/۹۳	۲/۲۱	۱۶/۹۲	۱/۹۷	۱۵/۹۲	۱/۸۱
	پیگیری	۱۴/۱۵	۲/۰۰	۱۷/۱۰	۲/۰۳	۱۶/۰۶	۱/۹۰
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۶	۲/۴۱	۱۳/۱۵	۲/۸۸	۱۳/۴۲	۳/۴۳
	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۳/۱۹	۱۵/۶۱	۲/۲۵	۱۵/۵۰	۲/۱۰
	پیگیری	۱۳/۸۷	۳/۲۳	۱۵/۵۴	۲/۲۰	۱۵/۶۷	۲/۱۸
خودشفقتی کل	پیش‌آزمون	۹۰/۰۶	۷/۰۵	۸۷/۸۴	۹/۱۶	۸۹/۴۲	۳/۹۱
	پس‌آزمون	۹۱/۰۰	۸/۶۴	۱۰۱/۶۱	۶/۱۱	۱۰۲/۲۱	۷/۳۹
	پیگیری	۹۰/۸۶	۷/۷۴	۹۹/۵۵	۷/۸۷	۱۰۰/۳۹	۷/۱۶

همان‌طور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد میانگین کلی متغیر خودشفقت ورزی در کلیه آزمودنی‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون نسبتاً برابر به دست آمد. میانگین گروه گواه در مرحله پیش و پس‌آزمون نسبتاً ثابت و پایدار باقی‌مانده است ولی در گروه درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی حاکی از افزایش نمرات پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			موخلی
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	
مهربانی با خود	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۲۰	۰/۱۰	۴۲	۱/۳۳	۰/۲۴	۰/۷۹
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۱۸	۰/۱۲				
	گواه	۱۵	۰/۱۸	۰/۱۱				
قضاوت نسبت به خود	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۱۶	۰/۲۰	۴۲	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۸۸
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۱۵	۰/۲۰				
	گواه	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰				
اشتراکات انسانی	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۲۱	۰/۱۴	۴۲	۰/۷۸	۰/۶۲	۰/۹۰
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۲۴	۰/۲۰				
	گواه	۱۵	۰/۲۰	۰/۱۰				
دوری از انزوا	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۱۸	۰/۱۴	۴۲	۱/۵۴	۰/۲۰	۰/۷۴
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰				
	گواه	۱۵	۰/۲۰	۰/۱۰				
ذهن آگاهی	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۲۰	۰/۰۹	۴۲	۰/۳۳	۰/۶۷	۰/۷۰
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۲۱	۰/۱۳				
	گواه	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰				
هماندسازی افراطی	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۱۵	۰/۱۹	۴۲	۱/۰۶	۰/۳۴	۰/۸۴
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۱۸	۰/۲۰				
	گواه	۱۵	۰/۱۴	۰/۱۶				
خود شفقت ورزی	شناختی-رفتاری	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰	۴۲	۰/۵۰	۰/۶۵	۰/۹۰
	طرح‌واره درمانی	۱۵	۰/۲۰	۰/۱۱				
	گواه	۱۵	۰/۱۶	۰/۰۹				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (خودشفقتی و مؤلفه‌های آن) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست؛ از

این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر خودشفقت ورزی و مؤلفه‌های آن سه گروه در سه مرحله

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزورات
مهربانی با خود	مراحل مداخله	۹۷/۸۳	۲	۴۸/۹۱	۲۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	مراحل × گروه	۶۸/۶۹	۴	۱۷/۱۷	۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	بین گروهی	۶۷/۳۰	۲	۳۳/۶۵	۴/۵۴	۰/۰۱۸	۰/۲۱
قضاوت نسبت به خود	مراحل مداخله	۸۴/۷۲	۲	۴۲/۳۶	۳۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	مراحل × گروه	۶۲/۹۶	۴	۱۵/۷۴	۱۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	بین گروهی	۹۳/۸۸	۲	۴۶/۹۴	۶/۲۵	۰/۰۰۵	۰/۲۷
اشتراکات انسانی	مراحل مداخله	۶۹/۹۱	۲	۳۴/۹۵	۶۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	مراحل × گروه	۷۳/۱۵	۴	۳۵/۷۸	۳۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	بین گروهی	۴/۰۲	۲	۲/۰۱	۰/۱۷	۰/۸۴	۰/۰۱
دوری از انزوا	مراحل مداخله	۷۳۰/۸۴	۲	۳۶۵/۴۲	۸۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	مراحل × گروه	۳۲۲/۸۴	۴	۸۰/۷۱	۸۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	بین گروهی	۳۱/۳۱	۲	۱۵/۶۵	۱/۲۳	۰/۳۰	۰/۰۶
ذهن آگاهی	مراحل مداخله	۵۲۲/۸۴	۲	۲۶۱/۴۲	۴۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	مراحل × گروه	۲۴۷/۰۵	۴	۶۱/۷۶	۸۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بین گروهی	۲۶/۲۴	۲	۱۳/۱۲	۳/۱۰	۰/۰۵۸	۰/۱۵
هماندسازی افراطی	مراحل مداخله	۸۵۷/۵۲	۲	۴۲۸/۷۶	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۵
	مراحل × گروه	۶۴۳/۴۰	۴	۱۶۰/۸۵	۲/۸۵	۰/۰۲۹	۰/۱۱
	بین گروهی	۴۸/۰۰	۲	۲۴/۰۰	۳/۴۵	۰/۰۴	۰/۱۷
خود شفقت ورزی	مراحل مداخله	۵۷۱/۲۴	۲	۲۵۸/۶۲	۸۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	مراحل × گروه	۵۰۷/۳۷	۴	۱۲۶/۸۴	۳۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	بین گروهی	۱۱۴۴/۸۹	۲	۵۷۲/۴۴	۱۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، تفاوت در میانگین نمرات منبع گروه آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های مهربانی با خود ($F=۴/۵۴$)، قضاوت نسبت به خود ($F=۶/۲۵$)، همانندسازی افراطی ($F=۳/۴۶$) و خودشفقت ورزی ($F=۱۰/۰۷$) است و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های پژوهش در مؤلفه‌های مهربانی با خود، قضاوت

نسبت به خود و همانندسازی افراطی پس از حذف اثرات پیش‌آزمون وجود دارد؛ لذا جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در ادامه به آزمون بنفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها پرداخته شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
مهربانی با خود	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۷۰۰	۱/۰۵۹	۰/۰۱۶
		طرح‌واره درمانی	-۲/۷۰۴	۱/۰۳۹	۰/۰۱۴
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۰/۰۰۴	۱/۰۸۷	۰/۹۹۷
قضاوت نسبت به خود	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۶۹۶	۱/۰۶۵	۰/۰۱۶
		طرح‌واره درمانی	-۳/۵۱۳	۱/۰۴۵	۰/۰۰۲
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	-۰/۸۱۷	۱/۰۹۴	۰/۴۶۱
اشتراکات انسانی	گواه	شناختی رفتاری	-۰/۳۵۸	۱/۳۱۹	۰/۷۸۷
		طرح‌واره درمانی	-۰/۷۶۵	۱/۲۹۴	۰/۵۵۸
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	-۰/۴۰۶	۱/۳۵۴	۰/۷۶۶
دوری از انزوا	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۱۱۰	۱/۳۸۷	۰/۱۳۸
		طرح‌واره درمانی	-۱/۴۲۱	۱/۳۶۱	۰/۳۰۴
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۰/۶۸۹	۱/۴۲۴	۰/۶۳۲
ذهن آگاهی	گواه	شناختی رفتاری	-۱/۹۸۵	۰/۷۹۹	۰/۰۱۸
		طرح‌واره درمانی	-۱/۰۴۵	۰/۷۸۴	۰/۱۹۲
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۰/۹۴۰	۰/۸۲۰	۰/۲۶۰
همانندسازی افراطی	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۴۷۹	۱/۰۲۵	۰/۰۲۱
		طرح‌واره درمانی	-۲/۰۴۳	۱/۲۲۵	۰/۰۵۰
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۰/۴۳۶	۱/۰۵۲	۰/۶۸۱
خود شفقت ورزی	گواه	شناختی رفتاری	-۱۱/۴۷۶	۲/۹۹۳	۰/۰۰۱
		طرح‌واره درمانی	-۱۱/۳۸۶	۲/۸۹۲	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۰/۰۹۰	۲/۹۴۶	۰/۹۷۶

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد در مؤلفه‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود و همانندسازی افراطی، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های درمانی شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). در مؤلفه ذهن آگاهی تنها درمان شناختی رفتاری اثربخش بود ($p < ۰/۰۵$). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین هیچ‌یک از مؤلفه‌های مهربانی با خود، دوری از قضاوت نسبت به

خود، اشتراکات انسانی، دوری از انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی در متغیر خود دلسوزی، در گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خودشفقت ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خودشفقت ورزی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد ولی تفاوت معنی‌داری بین درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های هوفارت و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب بهبود خودشفقت ورزی گردد؛ ملیانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی می‌تواند موجب بهبود خودشفقت ورزی گردد؛ یافته‌های پژوهش وادزورث و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد درمان شناختی رفتاری جنبه‌های منفی خودشفقت ورزی را کاهش و جنبه‌های مثبت آن را در بیماران افسرده افزایش می‌دهد همسو و هم‌راستا است. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت با توجه به نتایج تحقیق می‌توان بیان کرد با توجه به آن که درمان شناختی رفتاری زمینه کاهش خطاهای شناختی را در فرد ایجاد می‌کند (ولسچسن و همکاران، ۲۰۱۳)، این مهارت می‌تواند زمینه فرد در برخورد با ناملایمات و وقایع تلخ زندگی و شکست بتوانند با خود شفقت داشته باشند؛ به عبارت دیگر پس از انجام درمان شناختی رفتاری، درمانجویان از آن جایی که در تحریف شناختی، سخن از قطعیت و عدم توجه به احتمال در وضعیت اطمینان و عدم اطمینان دست پیدا می‌کنند؛ این نگاه انعطاف پذیرانه و شکل‌گیری اعتقاد به احتمال نیز می‌تواند نگاه منفی و انتقادی فرد را نسبت به نقاط ضعف خویش کاهش دهد و با کاهش میزان خودقضای و خودانتقادی در فرد گردد (لایدلو، ۲۰۲۱)؛ لذا زمینه افزایش خود شفقت ورزی افراد گروه شرکت‌کننده در درمان شناختی رفتاری را فراهم می‌کند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی طرح‌واره درمانی بر خود شفقت ورزی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش تیمم (۲۰۱۷) نشان داد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند میزان شفقت ورزی افراد را پیش‌بینی کرد و همچنین پژوهش‌های رفتار علی عابدی و شاره (۲۰۲۱) و ساری و گنزو (۲۰۱۹) که نشان دادند طرح‌واره درمانی می‌تواند با تأثیر قرار دادن هیجان‌ات افراد، زمینه را جهت افزایش خودشفقت ورزی مراجعان فراهم سازد. همسو و هم‌راستا است. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد (فاسبیندر و آرنتز، ۲۰۲۱)؛ لذا با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتار و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که می‌تواند میزان شفقت ورزی فرد به خویش را تحت تأثیر قرار دهد، مجدداً تنظیم کرده و زمینه را جهت افزایش شفقت ورزی به خویش مساعد سازد؛ به عبارت دیگر از آنجایی که هدف اصلی طرح‌واره درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است (تیلور و آرنتز، ۲۰۱۶)؛ طرح‌واره درمانی می‌تواند با بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های ارتباطی فرد با خود و دیگران زمینه افزایش

سلامت روان و افزایش خودشفقت ورزی بیماران را فراهم آورد. به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین ملاک‌ها در کنترل بیماری دیابت رفتارهای خود مراقبتی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله خود شفقت ورزی به خود قرار گیرد؛ لذا انجام مداخلاتی که می‌توانند زمینه را جهت افزایش خودشفقت ورزی ضروری و غیرقابل چشم پوشی است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی موجب افزایش خودشفقت ورزی افراد مبتلا به دیابت نوع دوم می‌گردد ولی تفاوت معنی‌داری بین دو نوع درمان وجود ندارد؛ در درمان شناختی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های استاندارد رفتاری شناختی، رفتارهای خاص می‌توان موقعیت‌ها، افکار و هیجاناتی را که منجر به خودشفقت ورزی پایین در آزمودنی‌های پژوهش می‌گردد را مورد مداخله قرارداد و در طرحواره درمانی نیز با تأکید بر تکنیک شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی را برای ارزیابی طرحواره‌ها ترکیب می‌کند و با تأکید به ریشه‌های مشکل و فرآیندهای تحولی درگیر در پیدایش ضعف در شفقت ورزی بیماران را متأثر می‌سازد؛ از این رو می‌توان بیان نمود با توجه به آن که ریشه هر دو درمان تغییر باورهای ناکارآمد در مراجعان است تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود ندارد؛ از این رو پیشنهاد می‌گردد روانشناسان و درمانگرانی که در حیطه بیماری‌های مزمن از جمله دیابت مشغول به فعالیت هستند با استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به افزایش خودشفقت ورزی بیماران خود بپردازند؛ همچنین با توجه به آن که پژوهش حاضر در بیماران مبتلا به دیابت شهر کیش انجام شد، باید در تعمیم یافته‌های آن به افراد دیگر احتیاط گردد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد؛ همچنین با توجه به شرایط و محل اجرای مداخله به شرکت‌کنندگان حاضر در گروه‌های آزمایش اطمینان داده شد که هر زمان که تمایلی به ادامه جلسات آموزشی نداشتند می‌توانند پژوهش را خاتمه داده و جلسات را ترک کنند.

سیاسگزاری

از مسئولین و پرسنل زحمت‌کش انجمن دیابت جزیره کیش و تمامی کسانی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع

رستمی، مهدی،، عبدی، منصور،، حیدری، حسن. (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری با شفقت خود و سلامت روانی در افراد متأهل. فصلنامه علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۶(۱): ۶۱-۷۴

مؤمنی، فرشته، شهیدی، شهریار، موتابی، فرشته، و حیدری. محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت‌ورزی. *روانشناسی معاصر*، ۸(۲): ۲۷-۴۰.

References

- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E.,... Francis, T. (2018). 2017 National standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator*, 44(1), 35-50.
- Fassbinder, E., & Arntz, A. (2021). Schema therapy.
- Friis, A. M., Consedine, N. S., & Johnson, M. H. (2015). Does kindness matter? Diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. *Diabetes Spectrum*, 28(4), 252-257.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 2.
- Hoffart, A., Økstedalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology*, 6(1273). doi:10.3389/fpsyg.2015.01273
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Laidlaw, K. (2021). Cognitive behavioral therapy with older people: American Psychological Association.
- Leahy, R. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy.
- Leahy, R. L. (2018). Emotional schema therapy: Distinctive features: Routledge.
- Melyani, M., Allahyari, A. A., Falah, P. A., Ashtiani, A. F., & Tavoli, A. (2015). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-compassion in females with recurrent depression with residual symptoms. *Journal of Psychology*, 18(4), 393-407.
- Mirdrikvand, F., Sepahvandi, M. A., Khodarahimi, S., Gholamrezaei, S., Rahimian Bougar, M., & Shafikhani, P. (2019). Early Maladjustment Schemas in Individuals with and without Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 6(1), 150-156.
- MOMENI, F., SHAHIDI, S., MOOTABI, F., & HEYDARI, M. (2014). Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS).
- Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N.,... Khunti, K. (2019). Self-compassion, metabolic control and health status in individuals with type 2 diabetes: A UK observational study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.
- Nanayakkara, N., Curtis, A. J., Heritier, S., Gadowski, A. M., Pavkov, M. E., Kenealy, T.,... Wong, J. (2021). Impact of age at type 2 diabetes mellitus diagnosis on mortality and vascular complications: systematic review and meta-analyses. *Diabetologia*, 64(2), 275-287.
- Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2021). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 1-13.
- Rahelić, D. (2016). Of IDF diabetes atlas-call for immediate action.

- Sari, S., & Gençöz, F. (2019). Women's experiences of group intervention with schema therapy techniques: A qualitative process analysis. *Counselling and Psychotherapy Research, 19*(3), 301-310.
- Seligman, H. K., Smith, M., Rosenmoss, S., Marshall, M. B., & Waxman, E. (2018). Comprehensive diabetes self-management support from food banks: a randomized controlled trial. *American journal of public health, 108*(9), 1227-1234.
- Seyed Nour, S., & Homaei, R. (2019). Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery, 8*(1), 265-275.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes & Metabolic disorders, 12*(1), 1-5.
- Taylor, C. D., & Arntz, A. (2016). Schema therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 249–270). The Guilford Press.
- Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International journal of psychology and psychological therapy, 17*(1), 3-17.
- Tsujimoto, T., Sugiyama, T., Shapiro, M. F., Noda, M., & Kajio, H. (2017). Risk of cardiovascular events in patients with diabetes mellitus on β -blockers. *Hypertension, 70*(1), 103-110.
- Twig, G., Zucker, I., Afek, A., Cukierman-Yaffe, T., Bendor, C. D., Derazne, E.,... Tzur, D. (2020). Adolescent obesity and early-onset type 2 diabetes. *Diabetes care, 43*(7), 1487-1495.
- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 48*(4), 481-491.
- Wadsworth, L. P., Forgeard, M., Hsu, K. J., Kertz, S., Treadway, M., & Björgvinsson, T. (2018). Examining the role of repetitive negative thinking in relations between positive and negative aspects of self-compassion and symptom improvement during intensive treatment. *Cognitive Therapy and Research, 42*(3), 236-249.
- Welschen, L. M., van Oppen, P., Bot, S. D., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *Journal of behavioral medicine, 36*(6), 556-566.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*.

پرسشنامه خودشفقتی نف

سوالات					رتبه
همیشه	تقریباً همیشه	تا حدودی	تقریباً نه	هرگز	
۱	۲	۳	۴	۵	۱ من نقص‌ها و ناتوانی‌های خود را مورد مذمت و انتقاد قرار می‌دهم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲ وقتی ناراحت هستم، مایل‌م که نگران و دل‌مشغول هر چیزی که نادرست است، باشم.

۱	۲	۳	۴	۵	۳	وقتی کارهایم بد پیش می‌روند، مشکلات را بخشی از زندگی می‌بینم که برای هر کسی پیش می‌آید.
۱	۲	۳	۴	۵	۴	وقتی در مورد ناتوانی‌هایم فکر می‌کنم، بیش‌تر احساس می‌کنم که از سایر افراد جهان جدا و متفاوت هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۵	وقتی که رنج عاطفی احساس می‌کنم، تلاش می‌کنم که خود را دوست داشته باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	وقتی در مسأله‌ای که برایم مهم است، شکست می‌خورم، با احساس ناتوانی از پا می‌افتم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷	وقتی احساس می‌کنم بی‌فایده و بی‌مصرف هستم. به خود یادآوری می‌کنم که افراد بسیار زیاد دیگری در جهان همان‌گونه که من احساس می‌کنم، احساس می‌کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۸	وقتی روزگار واقعاً سخت است، مایل‌م که راجع به خودم قیل و قال راه بیان‌دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۹	وقتی چیزی مرا به هم می‌ریزد، سعی می‌کنم هیجان‌اتم را متعادل نگه‌دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰	وقتی که به نحوی احساس ناتوانی می‌کنم، سعی می‌کنم به خود یادآوری کنم که احساس ناتوانی در بیش‌تر افراد مشترک است.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱	من در مورد جنبه‌هایی از شخصیت‌م که دوست ندارم، ناشکیبا و بی‌تحمل هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲	وقتی که در حال گذر از یک موقعیت بسیار سخت هستم، دلسوزی و مراقبتی را که نیاز دارم، نثار خود می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳	وقتی احساس غمگینی می‌کنم، مایل‌م احساس کنم که احتمالاً بیش‌تر افراد شادتر از من هستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴	وقتی که اتفاق دردناکی می‌افتد، تلاش می‌کنم که دید متعادلی در مورد موقعیت اتخاذ کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵	من تلاش می‌کنم که نقایصم را به عنوان بخشی از شرایط انسان به بینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶	وقتی به جنبه‌هایی از خودم که دوست ندارم نگاه می‌کنم، سقوط می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷	وقتی در چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم تلاش می‌کنم که دورنمای آن را به بینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸	وقتی که واقعاً دچار کشمکش هستم، مایل‌م احساس کنم که احتمالاً بیش‌تر افراد باید در موقعیت راحت‌تری باشند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۹	وقتی رنجی را تجربه می‌کنم، با خود مهربان هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۰	وقتی چیزی مرا به هم می‌ریزد، دچار غلیبان احساسات می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۱	وقتی رنجی را تجربه می‌کنم، می‌توانم کمی در مورد خودم سرد و بی‌عاطفه باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۲	وقتی احساس غمگینی می‌کنم، تلاش می‌کنم که با احساساتم همراه با کنجکاوی و گشودگی برخورد کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۳	من با نقص‌ها و ناتوانی‌هایم مدارا می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۴	وقتی اتفاق دردناکی می‌افتد، مایل‌م آن واقعه را بدون تناسب با آن، زیاد بزرگ کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۵	وقتی در چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم، احساس می‌کنم در شکستم تنها هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۶	من سعی می‌کنم که در مورد آن جنبه‌هایی از شخصیت‌م که دوست ندارم، فهمیده و صبور باشم.

Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Schema Therapy in Improving Self-Compassion in Men and Women with Type 2 Diabetes

Maryam. Javadi¹, Zohreh. Raeisi^{*2} & Hasan. Rezaie Jamalouei³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in comparison with schema therapy in improving self-compassion in men and women with Type 2 diabetes. **Methods:** The present study had a quasi-experimental method with a pretest-posttest design and a control group and a follow-up stage. The statistical population consisted of men and women with type 2 diabetes who visited the Kish Island Diabetes Association from April to September 2020. After the screening, 45 individuals were selected by the purposive method and were randomly included in three groups, namely cognitive-behavioral therapy (n=15), schema therapy (n=15), and control group (n=15) after matching. Neff's self-compassion scale (2003) was the research tool. In the study, the cognitive-behavioral therapy group was treated by the Leahy treatment package (2004), and the schema therapy group by the treatment package of Yang et al. (2006) in eight 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The research results indicated that the cognitive-behavioral therapy and schema therapy groups were effective in improving self-compassion ($F=10.70$, $P=0.018$) in men and women with type 2 diabetes. The findings also indicated that cognitive-behavioral therapy and schema therapy groups were effective in improving self-compassion ($F=4.54$, $P=0.018$), self-judgment ($F=6.25$, $P=0.005$), and projective identification ($F=3.45$, $P=0.043$), and the effect was also stable at the follow-up stage. The results of the post hoc test also indicated that there was no difference between scores of cognitive-behavioral and schema therapy groups in self-compassion and self-compassion, self-judgment, and projective identification ($p>0.05$). **Conclusion:** According to the results, self-compassion was created based on the individuals' self-beliefs and thoughts; hence, both treatments had the same effect since cognitive-behavioral therapies and schema therapy modified the individuals' beliefs and opinions in this field.

Keywords: Cognitive-behavioral; Schema therapy; Self-compassion; Type 2 diabetes

1. PhD Student in Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Email: rayisi.tadbir@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran